

فرم انجمن ام اس

بخش اول) دموگرافیک / patient profile / identification

- ۱- نام بیمار: ۲- نام خانوادگی بیمار: ۳- نام پدر: ۴- سال تولد: ۱. ماه: ۲. روز: ۳. سن:
- ۵- کد ملی: ۶- شماره شناسنامه: ۷- جنس: ۱. زن ۲. مرد
- ۸- محل تولد: ۱. استان: ۲. شهر: ۳. روستا:
- ۹- محل سکونت در ۱ سال گذشته: ۱. استان: ۲. شهر: ۳. روستا:
- ۱۰- شماره تماس: ۱. تلفن ثابت با کد: ۲. تلفن همراه:
- ۱۱- تابعیت: ایرانی غیرایرانی ۱۲- دین: اسلام مسیحی زرتشتی کلیمی سایر
- ۱۳- آدرس محل سکونت: استان: شهر: روستا: خیابان: کوچه: پلاک: (اختیاری)
- ۱۴- کد پستی: (اختیاری)
- ۱۵- آیا به محل سکونت فعلی مهاجرت داشته اید؟ بلی خیر
- ۱۶- در صورت بلی بودن پاسخ: زیر ۱۵ سالگی بالای ۱۵ سالگی
- از استان به استان
- از شهر به شهر
- ۱۷- از خارج از کشور به داخل کشور بلی خیر
- سایر
- ۱۸- وضعیت مسکن: استیجاری شخصی
- ۱۹- وضعیت تاهل هم اکنون: مجرد متاهل متارکه فوت همسر
- ۲۰- وضعیت تاهل در زمان ابتلا به بیماری ام اس: مجرد متاهل متارکه فوت همسر
- ۲۱- اگر پاسخ متارکه است آیا علت متارکه بیماری ام اس بوده است؟ بلی خیر
- ۲۲- تعداد افراد خانواده: تعداد فرزندان:
- ۲۳- تحصیلات: بی سواد ابتدایی سیکل دیپلم فوق دیپلم/ لیسانس فوق لیسانس و بالاتر
- ۲۴- وضعیت اشتغال: شاغل سیستم دولتی شغل آزاد بیکار خانه دار از کار افتاده بازنشسته دانشجوی دانش آموز
- ۲۵- آدرس محل کار: ۲۶- تلفن محل کار: (۲۵-۳۳ اختیاری)

۲۷- فاکس:

۲۸- ایمیل:

۲۹- تلفن دو نفر از بستگان جهت تماس در موارد ضروری:

۳۰- آیا خانواده از بیماری شما خبر دارد؟ بلی خیر

۳۱- آیا بیمار از بیماری خود خبر دارد؟ بلی خیر

۳۲- آیا از بیماران اینام می‌باشید؟ بلی خیر

۳۳- آیا از بیماران سادات می‌باشید؟ بلی خیر

۳۴- آیا در حال حاضر تحت پوشش بیمه هستید؟ بلی خیر نوع بیمه

۳۵- آیا بیمه تکمیلی دارید؟ بلی خیر نام بیمه تکمیلی

۳۶- تحت پوشش کدام سازمان یا موسسه می‌باشید؟ (اختیاری)

بنیاد بیماری های خاص نوع کمک: نقدی غیر نقدی مدت کمک: سال

بهبه‌یستی نوع کمک: نقدی غیر نقدی مدت کمک: سال

کمیته امداد امام خمینی نوع کمک: نقدی غیر نقدی مدت کمک: سال

انجمن ام اس نوع کمک: نقدی غیر نقدی مدت کمک: سال

هیچکدام

بخش دوم) سابقه بیماری familial history

۳۷- آیا سابقه خانوادگی بیماری ام اس در بستگان درجه ۱ یا ۲، یا ۳ دارید؟ خیر ۲. بله . تعداد.....نفر ۳. نمیدانم

۳۸- در صورتیکه سابقه خانوادگی ام اس دارد:

۳۹- سابقه ام اس در بستگان درجه ۱: همسر پدر مادر خواهر برادر فرزند

۴۰- سابقه ام اس در بستگان درجه ۲: ۱. پدر بزرگ مادری ۲. مادر بزرگ مادری ۳. پدر بزرگ پدری ۴. مادر بزرگ پدری

۵. عمو ۶. عمه ۷. دایی ۸. خاله ۹. نوه

۴۱- سابقه ام اس در بستگان درجه ۳: ۱. دختر/پسر عمو ۲. دختر/پسر عمه ۳. دختر/پسر خاله ۴. دختر/پسر دایی سایر

۴۲- آیا قبل از ابتلا به ام اس به بیماری مزمن دیگری مبتلا بودید؟ بلی خیر

۴۳- اگر بله، کدامیک از بیماریهای زیر بوده است؟

فشار خون دیابت بیماری قلبی بیماری ریوی کم کاری تیروئید پرکاری تیروئید سرطان

بیماری خود ایمنی سایر

۴۴- هم اکنون همراه با بیماری ام اس چه بیماری دیگری دارید؟

- فشار خون □ دیابت □ بیماری قلبی □ بیماری ریوی □ کم کاری تیروئید □ پرکاری تیروئید □ سرطان □
بیماری خود ایمنی □ سایر □

۴۵- آیا سابقه جراحی بزرگ، قبل از بیماری ام اس داشته اید؟ بلی □ خیر □ اگر جواب شما بلی است: زیر ۲ سال □ بالای ۲ سال □

نوع و علت عمل

۴۶- آیا سابقه ضربه به سر شدید (که منجر به شکستگی یا خونریزی یا بیهوشی شده باشد) قبل از بیماری ام اس، داشته اید؟ نمیدانم □ بلی □ خیر □
چند مرتبه چند سال قبل

۴۷- آیا تا به حال خون دریافت کرده اید؟ بلی □ خیر □

این قسمت تنها برای بانوان است

۴۸- آیا سابقه زایمان قبل از بیماری ام اس داشته اید؟ بلی □ خیر □ تعداد زایمان

نوع زایمان: طبیعی □ سزارین □ هر دو □

۴۹- آیا سابقه زایمان بعد از بیماری ام اس داشته اید؟ بلی □ خیر □ تعداد زایمان

نوع زایمان: طبیعی □ سزارین □ هر دو □

۵۰- آیا سابقه سقط قبل از بیماری ام اس داشته اید؟ بلی □ خیر □ تعداد سقط

سه ماهه اول □ بعد از سه ماه □

۵۱- آیا سابقه سقط بعد از بیماری ام اس داشته اید؟ بلی □ خیر □ تعداد سقط

سه ماهه اول □ بعد از سه ماه □

بخش سوم (diagnosis تشخیص

۵۲- سال شروع اولین علائم ام اس: سن شروع اولین علائم ام اس:

۵۳- سال تشخیص بیماری ام اس توسط پزشک: سن تشخیص بیماری ام اس توسط پزشک:

۵۴- نوع بیماری ام اس (اختیاری)

۱ CIS □ ۲- عود کننده-بهبود یابنده □ (RR) ۳- پیشرونده اولیه □ (PP)

۴- پیشرونده ثانویه □ (SP) ۵- پیشرونده-عود کننده □ (RP)

۵۵- اولین علامت بیماری ام اس در شما به چه شکلی بوده است؟ کاهش بینایی □ حسی (بی حسی یا گزگز اندامها) □
حرکتی (ضعف اندامها) □ اختلال تعادل □ دوبینی □ مشکل کنترل ادرار □ علایم غیره □

بخش چهارم) progress

- ۵۶- تعداد کل بستری ها در بیمارستان به علت حمله بیماری ام اس: بدون بستری ۱ مرتبه ۲ مرتبه ۳ مرتبه ۴ مرتبه
- ۵ مرتبه ۶ مرتبه ۷ مرتبه و بالاتر

۵۷- آیا بیماری شما به ام اس پیشرونده ثانویه تبدیل شده است؟ خیر ۲. بله اگر پاسخ بلی است چه سالی؟

۵۸- وضعیت جسمانی (براه رفتن) در حال حاضر:

۱. بدون محدودیت ۲- بدون نیاز به کمک ≥ 500 متر ۳- بدون نیاز به کمک ۳۰۰ متر تا ۵۰۰ متر
- ۴- بدون نیاز به کمک ۲۰۰ متر تا ۳۰۰ متر ۵- بدون نیاز به کمک ۱۰۰ متر تا ۲۰۰ متر
- ۶- نیاز به کمک یکطرفه برای حداقل ۱۰۰ متر ۷- نیاز به کمک دو طرفه برای راه رفتن
- ۸- عدم توانایی در راه رفتن ۹- ویلچر ۱۰- محدود به تخت

۵۹-نمره EDSS: (اختیاری)

۶۰- آیا بیمار در طول ۶ ماه گذشته آزمایش MRI داده است؟ ۱. بلی ۲. خیر

۶۱- آیا MRI جدید نسبت به قبل تفاوتی داشته است؟ ۱. بلی ۲. خیر (اختیاری)

۶۲- اگر بلی تعداد ضایعات جدید: (اختیاری)

۶۳- تعداد Gadolinium Enhancing Lesions: (اختیاری)

- ۶۴- نوع حمله در یکسال اخیر: کاهش بینایی حسی (بی حسی یا گزگز اندامها) حرکتی (ضعف اندامها) اختلال تعادل دوبینی مشکل کنترل ادرار علائم غیره

۶۵- آیا تاکنون مصرف سیگار داشته اید؟ ۱. خیر ۲. بلی

در صورتی که پاسخ شما بلی است. مدت سال

از چه سنی تا چه سنی

تعداد متوسط مصرف سیگار در روز نخ

تعداد متوسط سیگار در هفته نخ

۶۶- آیا تاکنون مصرف قلیان داشته اید؟ ۱. خیر ۲. بلی مدت سال

از چه سنی تا چه سنی چند ساعت در هفته

بخش پنجم) درمان treatments

۶۷- داروهای مصرفی در طول ۲ سال اخیر:

نام دارو	سال شروع دارو	سال قطع دارو	علت قطع هر دارو
بدون دارو <input type="checkbox"/>			
بتافرون / اکستویا / زیفرون / اکتوفرون <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
آوونکس / سینووکس / اکتووکس <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
رییف / رسیژن / سان ریف <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
پلگریدی <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
کوپامر / سینومر / اسویمر / گلتری <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
مارلا / فینگولیمود / ژیلنیا / دانلوین / فینگولید / نورا بکس <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
تایسبری <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
اوباجیو / تبازیو <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
تکفیدرا / سینوتک / دیفوزل / زادیوا / میلوبایکس / تکزیفوما <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
لمترادا <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
ریتاکسی ماب <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
میتوکزانترون / نوانترون <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
آزاتیوپرین / آزارام <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
سلسپت <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
اکرلیزوماب <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
IVIG <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
سیکلوفسفوماید <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
متوترکسات <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
سایر <input type="checkbox"/>			

۶۸- هم اکنون تحت درمان چه دارویی هستید؟

- آونوکس/ سینووکس اکتووکس بتافرون/ اکستویا اکتوفرون زیفرون ریفا/رسیژن سان ریف کوپامر/ سینومر/ اسویمر پلگریدی تکفیدرا/ سینوتک / دیفوزل اوباجیو/ تباژیو مارلا/ فینگولیمود/ ژیلنیا/ نورابکس دانلین تاییسری لمترادا داکلیزوماب ریتاکسی ماب میتوکزانترون/ نوانترون آزاتیوپرین سلسپت اکرلیزوماب

۶۹- اگر داروی دیگری غیر از موارد ذکر شده برای درمان ام اس استفاده میکنید، نام آن را ذکر کنید.

۷۰- از کدام روش درمانی زیر برای درمان حمله استفاده شده است؟

- کورتون تزریقی وریدی پلاسمافرزس IVIG ایمونوگلوبولین داخل وریدی نمیدانم

۷۱- آیا از ابزار توانبخشی استفاده کرده اید؟ بلی خیر

اگر بله، از کدام وسیله توانبخشی استفاده میکنید؟ عصا واکر ویلچر غیره نام وسیله

۷۲- آیا از روشهای توانبخشی استفاده کرده اید؟

- بلی خیر

فیزیوتراپی چند جلسه: کاردرمانی چند جلسه: گفتاردرمانی چند جلسه:

۷۳- رضایت از درمان توانبخشی: بسیار کم کم متوسط زیاد بسیار زیاد

۷۴- آیا از روشهای درمانی طب سنتی استفاده کرده اید؟ بلی خیر

۷۵- آیا از روشهای درمانی طب سوزنی استفاده کرده اید؟ بلی خیر

۷۶- آیا از روشهای زنبوردرمانی و غیره استفاده کرده اید؟ بلی خیر

۷۷- آیا از روشهای درمانی دیگر استفاده کرده اید؟ بلی خیر چه روشی

۷۸- آیا این درمان موثر بوده است؟

- بلی خیر

۷۹- در صورت بلی بودن میزان تاثیر را ذکر کنید: بسیار کم کم متوسط زیاد بسیار زیاد

بخش ششم) ویزیت visits

۸۰- تاریخ تکمیل فرم:

۸۱- نام و نام خانوادگی پزشک معالج:

۸۲- نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: